

Comment informer et accompagner efficacement un patient pour une chirurgie orthognathique ?

Edmond BINHAS*

5 rue de Copenhague, Z.I. Les Estroublans, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex, France

MOTS CLÉS :

Chirurgie orthognathique /
Accompagnement /
Communication /
Psychologie /
Traitement
pluridisciplinaire /
Satisfaction

KEYWORDS:

Orthognathic surgery /
Caring /
Communication /
Psychology /
Multidisciplinary
treatment /
Satisfaction

RÉSUMÉ

– La chirurgie orthognathique a tendance à se développer ces dernières années. Pourtant, c'est souvent une notion confuse et effrayante dans l'esprit de nombreux patients. Les orthodontistes, de leurs côtés, hésitent à la proposer car ils ne sont pas à l'aise avec la conduite à tenir. Comment établir un lien de confiance avec un patient ? Quelles sont leurs questions ? Comment annoncer en douceur la chirurgie ? Comment coordonner l'approche pluridisciplinaire ? Tout autant de questions auxquelles l'auteur tente d'apporter un éclairage. Il livre des outils pour une planification préopératoire détaillée et minutieuse, toujours dans l'objectif d'un accompagnement professionnel du patient. L'orthodontiste sera ainsi mieux armé pour aborder avec lui le sujet de la chirurgie orthognathique en toute quiétude.

ABSTRACT – *How to efficiently inform and take care of a patient for orthognathic surgery? Orthognathic surgery tends to grow in recent years. However, it is often a confusing and frightening notion in the minds of many patients. Orthodontists, on their sides, are reluctant to offer it because they are not comfortable with the action to be taken. How to establish a relationship of trust with a patient? What are their issues? How gently announce the surgery? How to coordinate multidisciplinary approach? Questions that the author attempts to shed light on. He delivers tools for detailed and thorough preoperative planning, always with the objective of professional guidance of the patient. The orthodontist will thus be better prepared to deal with the subject of safely orthognathic surgery.*

1. Introduction

La chirurgie orthognathique est souvent une notion confuse et effrayante pour de nombreux patients. L'orthodontiste et le chirurgien maxillo-facial seront amenés à informer leur patient en lui décrivant les risques, les aléas et le bénéfice esthétique et fonctionnel qu'ils pourront en tirer. L'essentiel est d'arriver à motiver le patient sans tomber dans l'écueil de sur-promettre des résultats qui, même s'ils sont cliniquement parfaits et corrigent des dysharmonies, peuvent, sur le plan psychologique, avoir des répercussions importantes. En effet, les déplacements induits par les techniques de chirurgie orthognathique apportent des changements visibles sur

le visage. Ils ont trait à l'identité du patient, et véhiculent donc, pour celui-ci et son entourage, une charge émotionnelle importante.

À la différence des traitements orthodontiques traditionnels, qui produisent des changements graduels dans la structure dento-faciale, la chirurgie orthognathique provoque des changements physiques immédiats. Ils peuvent être si importants qu'ils peuvent conduire les patients, soit à une satisfaction immédiate, soit à des regrets eux aussi soudains. Aussi, les conséquences psychologiques de ce traitement méritent l'analyse et toute l'attention des professionnels concernés. Cela, alors même que la satisfaction des patients, malgré l'inconfort postopératoire, est mise en évidence dans de nombreuses études. Le changement dans l'apparence reflète en

* Auteur pour correspondance : e.binhas@binhas.com

fait le désir du patient de retrouver l'estime de lui-même, entre autres aspects [4].

Le recours à des traitements combinés d'orthodontie et de chirurgie orthognathique apporte d'excellents résultats depuis de nombreuses années. Cependant, nombreux sont les orthodontistes qui hésitent à les proposer, car ils ne sont pas à l'aise avec la conduite à tenir.

2. Les motivations du patient

Sur le plan esthétique, la demande en chirurgie est très fortement influencée par l'image des stars ou par les proches.

Une étude a démontré les motivations principales pour la chirurgie orthognathique [5] :

1. Avoir des dents droites (80 %).
2. Prévenir les futurs problèmes dentaires (69 %).
3. Améliorer la confiance en soi (68 %).

Les femmes ou les jeunes filles recherchent à améliorer leur confiance et leur sourire. Les hommes et les jeunes gens désirent essentiellement améliorer leur vie sociale.

L'autre motivation importante réside dans les problèmes psychiques existant avant l'intervention. De nombreuses personnes se sentent mal dans leur peau en raison de la forme de leur mâchoire. Elles ne supportent pas le regard des autres. Les adolescents sont très souvent confrontés à ce genre de problèmes et ont recours à la chirurgie pour se faire « accepter ». Parfois, le processus de transformation devient une vraie obsession. Le risque majeur est que ces personnes se créent une image trop idéale de la perfection à atteindre, qu'elles ne soient jamais satisfaites et désirent toujours plus. C'est souvent l'expression d'une dépression sous-jacente.

Même si la plupart des sondés (94 %) pensent avoir été bien informés par l'orthodontiste, il arrive que certains patients ne se reconnaissent plus dans leur nouveau physique. Ils demandent même à être réopérés. La chirurgie orthognathique peut donc avoir une influence positive ou négative considérable sur le psychisme des patients.

Les motivations et les attentes des patients jouent un rôle significatif dans leur satisfaction finale. Des questionnaires réalisés avant le début du traitement (pour déterminer comment cette qualité de vie peut être améliorée) sont d'une aide précieuse, tant pour

la prise de conscience par le patient de l'importance de la chirurgie, que pour le praticien (Fig. 1).

3. L'importance de l'approche pluridisciplinaire et de la coordination entre spécialistes

Ce type de traitement nécessite un travail d'équipe pluridisciplinaire à la fois sur le plan clinique et sur le plan psychologique. Il est important de se coordonner avec le chirurgien afin de ne pas envoyer au patient (et à sa famille) des messages contradictoires, marques d'un manque de coordination. C'est pourquoi nous recommandons un nombre important de contacts dans cette phase (emails, téléphone, courriers...).

Nous considérons que c'est à l'orthodontiste de jouer le rôle de coordinateur, car il va accompagner le patient avant et après la chirurgie. À ce titre, il va de soi qu'il est crucial d'avoir une équipe pluridisciplinaire rôdée, qui sait travailler ensemble, et où chacun sait ce qu'il peut attendre de l'autre. Il est également important de connaître tous les rendez-vous du patient et chez quel praticien il a un rendez-vous. La synergie peut aller encore plus loin. Si l'orthodontiste est présent le jour de l'intervention, il peut guider cliniquement le chirurgien en participant à certains choix thérapeutiques comme par exemple le recours à une génioplastie qui permettrait d'améliorer le résultat esthétique final.

L'équipe pluridisciplinaire peut d'ailleurs s'étendre et incorporer un chirurgien-dentiste spécialisé en dentisterie esthétique, un chirurgien plasticien, un kinésithérapeute, une orthophoniste.

Enfin, l'orthodontiste aura intérêt à vérifier que le patient a bien reçu une information exhaustive, y compris pour la phase chirurgicale, afin de l'aider à prendre une décision en toute connaissance de cause. En effet, en cas de problème, c'est conjointement le chirurgien et l'orthodontiste qui seront mis en cause dans le cadre d'une procédure.

4. Créer une atmosphère de confiance

4.1. Faites preuve d'empathie

En langage courant, l'expression empathie signifie « se mettre à la place de l'autre ». Pour faire preuve d'empathie, mettez-vous à la place du patient. L'un des secrets consiste à « lire entre les lignes » ce qu'un

Ces six derniers mois...	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
Avez-vous ressenti des difficultés à prononcer certains mots en raison de votre bouche ?					
Avez-vous senti que votre goût s'était dégradé en raison de vos problèmes buccaux ?					
Avez-vous des douleurs dans la bouche ?					
Trouvez-vous inconfortable de manger certains aliments à cause de vos problèmes de dents ou de bouche ?					
Êtes-vous inquiets de vos problèmes dentaires ?					
Vos dents ou vos mâchoires sont-elles une source de préoccupation ?					
Vous refusez-vous certains aliments à cause de vos problèmes dentaires ?					
Vous est-il arrivé d'interrompre des repas à cause de vos problèmes buccaux ?					
Est-ce que cela vous stresse ou vous contrarie ?					
Cela vous a-t-il déjà mis dans une situation embarrassante ?					
Vous êtes-vous déjà fâché avec quelqu'un pour cette raison ?					
Vos dents ou votre bouche ont-elles dans le passé été une source de problème dans votre activité professionnelle ?					
Considérez-vous que vos problèmes dentaires aient un impact sur votre qualité de vie ?					
Vous est-il arrivé d'être dans l'incapacité totale de faire quelque chose à cause de vos problèmes de bouche ou de dents ?					

Figure 1
Modèle de questionnaire préalable à l'intervention.

patient n'exprime pas clairement. Soyez attentif à sa communication non verbale pour l'inciter à se livrer davantage (en particulier les expressions faciales). Pensez à adopter une véritable posture d'écoute là où d'autres ne font que s'écouter.

Ainsi, vous le rassurez et gagnez sa confiance. Offrez votre aide et votre soutien aussi bien sur le plan médical que relationnel. Toutefois, il convient de distinguer sympathie et empathie. La sympathie consiste à être toujours d'accord avec le patient. L'empathie implique de comprendre sa position mais pas forcément de la partager. Dans ce dernier cas, il est critique d'affirmer votre point de vue s'il est différent.

4.2. L'écoute du patient

Il existe deux catégories d'écoute : l'écoute active et l'écoute passive. Au cours d'une discussion, il n'est pas rare que le praticien reprenne la parole au lieu

d'écouter son patient. Ainsi, il ne se concentre pas sur ce que souligne son interlocuteur.

Dans l'écoute active, le praticien montre qu'il suit parfaitement l'histoire expliquée. Il peut également compléter cette reformulation par des signaux non verbaux.

La patiente : « *Lorsque vous m'avez annoncé la nécessité de l'intervention, j'ai été angoissée.* »

Le praticien : « *Mmmm !!* »

La patiente : « *En fait, j'ai toujours appréhendé cela.* »

Le praticien : « *Appréhendé ?* » (reformulation).

La patiente : « *Oui, depuis que ma mère n'a pas survécu à son opération, j'ai une angoisse irrépressible dès que j'entends parler d'intervention...* »

Le praticien : « *Continuez.* »

Dans l'écoute passive, la personne qui écoute ne montre aucun signe d'écoute véritable. Il se peut

alors que cette dernière, constatant que le message n'a pas été reçu, cesse toute explication.

La patiente : « *Lorsque vous m'avez annoncé la nécessité de l'intervention, j'ai été angoissée.* »

Le praticien : (Aucune réaction.)

La patiente : « *Pour moi, ça a été terrible.* »

Le praticien : « *Je comprends. Voilà comment va se dérouler l'intervention.* »

5. L'annonce

Annoncer c'est « faire savoir » que quelque chose existe et/ou va se produire. Ce n'est pas seulement informer, mais aussi transmettre un élément complexe et élaboré. Les patients ne sont pas nécessairement familiers avec le savoir dont dispose l'orthodontiste.

L'orthodontiste a un rôle particulier dans ce processus puisqu'il est souvent le premier à annoncer le diagnostic. La qualité des liens futurs entre la personne concernée et le praticien dépend beaucoup de la communication qui s'établit lors de la consultation d'annonce.

Deux types de situations existent quant à l'annonce de la chirurgie orthognathique :

1. Le patient s'y attend.
2. Le patient ne s'y attend pas. Dans ce cas, le praticien doit dans un premier temps préparer le patient en l'informant d'une possible chirurgie. L'étape suivante sera la confirmation de cette dernière. Ainsi, il aura été préparé en douceur à recevoir la nouvelle.

5.1. Le retentissement de l'annonce au patient qui ne s'y attend pas

5.1.1. Un effet qui peut provoquer un choc

Tout ne peut être abordé lors de la consultation où est réalisée l'annonce définitive. Le patient a besoin de temps et n'entend qu'une petite partie de ce qui est dit. Les informations devront lui être redonnées à différents moments. Ce processus varie selon les personnalités. Mais ce qui est constant chez le patient, c'est le besoin d'être entendu, compris et accompagné.

5.1.2. Comment le patient réagit

Quelle que soit la réaction du patient, elle est toujours à respecter. Il peut adopter une attitude défensive. Même en cas de projection agressive, il est nécessaire de ne pas se sentir personnellement mis en

cause. Y répondre de manière défensive ne pourrait qu'entraîner une augmentation du stress du patient.

5.2. Les trois points clés de l'annonce

Il y a trois ingrédients indispensables à toute annonce : le temps, l'écoute et les mots choisis [3].

5.2.1. Le temps

La durée de l'entretien doit être adaptée à la demande du patient : courte lorsqu'il est abasourdi par la nouvelle et n'entend plus ou n'écoute plus (lui proposer alors un deuxième entretien) ; plus longue s'il pose des questions.

5.2.2. L'écoute

Écouter le patient, c'est l'aider à poser des questions, à exprimer des émotions. S'il ne pose pas de questions, cela ne signifie pas qu'il ne veut pas savoir. Parfois, il ne sait ni comment le formuler, ni quoi demander. L'organisation du cabinet doit permettre de préserver ce temps d'échange.

5.2.3. Les mots choisis

Ne pas oublier que si chaque mot compte, l'attitude et la posture de l'orthodontiste constituent aussi des messages.

- Une information simple et progressive, « digérable » pas à pas.
- Une information répétée, cohérente, sincère et vraie.
- Une attention particulière aux mots prononcés en évitant le jargon d'expert.
- Un contrôle régulier de la compréhension et une reformulation si nécessaire.
- L'ouverture vers un résultat positif.

On doit toujours se rappeler que l'important est ce qui est compris, pas ce qui est dit.

5.3. Le suivi de l'annonce

À l'issue de l'annonce, des documents d'information peuvent être remis au patient. L'orthodontiste peut proposer une seconde consultation et/ou les coordonnées du chirurgien à contacter. La retranscription du contenu de la consultation est une nécessité. Enregistrée dans le dossier du patient, elle sera ainsi accessible à l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge. Elle permet la coordination sur le plan de l'information.

5.4. Les éléments permettant au professionnel de mieux aborder l'annonce

5.4.1. Les questions à se poser avant la rencontre avec le patient

Il est important pour l'orthodontiste qui doit annoncer la chirurgie orthognathique qu'il comprenne ses propres difficultés.

- Ai-je des freins à dire certaines choses au patient et pourquoi ?
- Quelles représentations, expériences personnelles (positive, négative) ai-je de cette chirurgie et de ses conséquences ?
- Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge du malade (traitement, accompagnement) et quelles en sont mes limites ?

Afin de donner au patient des perspectives réalistes, l'orthodontiste doit disposer de suffisamment d'informations.

- Que sais-je de la situation clinique du patient ?
- Que sais-je des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs implications ?
- Que sais-je du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ?
- Quelle est la part d'incertitude du pronostic ?
- Qu'est-ce qui va changer dans la vie du patient ?

5.4.2. Les informations à obtenir lors de la rencontre avec le patient

Afin de pouvoir annoncer la nouvelle de façon adaptée au patient, le professionnel va essayer d'obtenir des informations le concernant.

- Ce que le patient attend de cette consultation.
- Les professionnels qu'il a déjà rencontrés, l'information qu'il a déjà reçue, ce qu'il en a compris.
- Ce qu'il souhaite savoir aujourd'hui.
- Les représentations qu'il a de cette chirurgie et de ses conséquences.
- Les expériences personnelles (famille, proches) qu'il a de cette chirurgie et de ses conséquences.

L'orthodontiste a besoin de connaître l'environnement du patient pour pouvoir lui apporter une information personnalisée, il doit pouvoir identifier les situations susceptibles de le fragiliser et les possibilités de soutien.

- Sa situation familiale personnelle (personne à charge, isolé ou entouré).

- Les soutiens possibles.
- Sa situation professionnelle et sociale.
- La représentation qu'a son entourage ou ses parents de la chirurgie.

5.4.3. Les questions à se poser en fin de consultation

En fin de consultation, il est utile de s'interroger.

- Ai-je laissé au patient la possibilité de poser toutes les questions ?
- Suis-je en mesure de savoir ce qu'il a compris / retenu ?
- Que me reste-t-il à lui dire lors de la prochaine consultation ?

5.5. Les conditions matérielles minimales de la consultation d'annonce

La consultation doit être réalisée sans mise en scène excessive (pour éviter de majorer l'angoisse), dans un délai acceptable en tenant compte du fait que, même si la prise en charge médicale n'est pas une urgence, celle de la détresse psychique peut l'être.

- Environnement calme : pas de téléphone, pas de dérangement lors de l'entretien.
- Laisser au patient majeur le choix d'être seul ou accompagné.
- S'asseoir pour parler face à face [1].
- Prendre le temps : entretien spécifiquement consacré à une discussion.

5.6. Cas de l'enfant mineur

Environ 10 % des enfants ont un problème squelettique très important. Parfois, cela impose de recourir à la chirurgie. Dans 60–70 % des cas, l'opération peut être programmée vers 14–15 ans. Les complications sont rares et ils récupèrent plus rapidement que les adultes. Il va de soi qu'obtenir le consentement de l'enfant est un préalable non négociable. Il est également important de s'assurer que ce consentement est sincère et réfléchi et qu'il n'est pas dicté par la simple volonté des parents.

6. Le consentement éclairé [2]

La chirurgie orthognathique présente le risque de révéler des problèmes psychiques latents. Il arrive

ainsi que certains patients opérés ne se reconnaissent pas tout de suite avec leur nouveau visage : ils ont du mal à intégrer cette nouvelle image d'eux-mêmes que leur renvoie le miroir ou le regard des autres. Aussi, l'obtention d'un consentement éclairé formel est indispensable. Il est donc important de rappeler au patient que l'objectif du traitement est l'harmonie. Souvent, il ne mesure pas au départ toutes les conséquences. À ce titre, il y a une différence entre celui qui a une demande esthétique et celui qui a une demande médicale ou dentaire (béance ou problème occlusal). Dans le premier cas, la demande du patient est ancrée sur l'harmonisation du visage et, le plus souvent, le patient est immédiatement satisfait du résultat, même avant la cicatrisation complète. Si la première demande du patient se situe sur le plan fonctionnel ou occlusal, il sera indispensable de prendre le temps, dès la première consultation, de bien informer le patient pour ne pas qu'il soit surpris du résultat, même si l'harmonisation du visage est évidente. Le consentement éclairé ne se limitera pas à prévenir le patient des suites opératoires, mais également des difficultés psychologiques potentielles.

Le changement de visage engendre également un risque de réaction de la part de l'entourage. Ainsi, désormais, des médecins américains spécialisés en esthétique sont tenus d'identifier le patient fragile et de l'adresser à un psychothérapeute spécialisé avant la chirurgie. Votre rôle en tant qu'orthodontiste est le bien-être de vos patients. Si celui-ci n'accepte pas son visage à la fin du traitement, il existe un fort risque de transfert vis-à-vis du praticien.

Il est également important de prévenir le patient de la nécessité d'une rééducation kinésithérapique (gymnothérapie) combinée à un drainage lymphatique des téguments de la face après le traitement, le but étant de retrouver le plus rapidement possible une ouverture buccale normale et un résultat esthétique satisfaisant.

6.1. Quels sont ses risques de l'orthodontie chirurgicale ?

La chirurgie peut être programmée dès 14–15 ans et jusqu'à plus de 80 ans. Plus que l'âge, c'est l'état général de la personne et de sa mâchoire qui compte. Certaines chirurgies rendent l'anesthésie générale ou l'intervention chirurgicale

plus risquée. La mâchoire doit comporter suffisamment d'os de bonne qualité et les dents y être suffisamment implantées. Le chirurgien s'intéresse aussi à la musculature, aux traits du visage et aux mimiques faciales.

De même, il est nécessaire d'informer des conséquences de la chirurgie telles que le risque de lésion du nerf dentaire inférieur. Cette zone peut donc être évidemment légèrement contusionnée avec parésie ou anesthésie du nerf dentaire inférieur temporaire ou définitive. Cette complication n'a pas de répercussion esthétique et reste le plus souvent transitoire mais survient dans 5 à 10 % des cas.

Cela permet aussi de s'assurer que la personne a compris le principe et les risques du traitement, qu'elle est suffisamment motivée pour le suivre.

Concernant le consentement éclairé, rappelons l'obligation d'attendre trois semaines avant d'obtenir l'accord définitif du patient. Les juges sont particulièrement sensibles au respect d'un délai de réflexion après l'information du patient et la proposition d'un plan de traitement. L'orthodontiste devra prouver qu'une information claire, objective et exhaustive a été donnée. Il faut garder en mémoire que bien des mises en causes sont fondées sur le défaut d'information. La signature d'un consentement éclairé très détaillé, qui recense tous les risques, même les aléas les plus exceptionnels est l'un des moyens d'établir que toute l'information a été donnée. Un dossier parfaitement rempli, une proposition de traitement claire, un devis détaillé, la remise de supports d'information sont, d'autre part, autant d'éléments complémentaires essentiels. En cas de contestation, il faut se souvenir que c'est la combinaison des preuves qui démontrera au juge le respect du devoir d'information. Un autre des points clés est de s'assurer que le patient a parfaitement saisi les enjeux de son engagement (voir Annexe).

6.2. L'annonce claire du coût

Il est nécessaire d'établir clairement et préalablement au traitement, le coût global du traitement d'orthodontie complet. Le tarif dépend du type d'appareil choisi, de la durée du traitement et de la prise en charge. Le patient devra savoir dès la première consultation que les honoraires du chirurgien feront l'objet d'une convention d'honoraires séparée.

7. Les questions les plus fréquentes

Voici une liste non exhaustive des questions les plus fréquemment posées par les patients à propos de la chirurgie orthognathique :

- En quoi consiste la chirurgie orthognathique ?
- Pourquoi est-elle nécessaire ?
- Pourquoi ai-je besoin du traitement orthodontique en plus de la chirurgie ?
- Combien de temps durera le traitement ? L'intervention est-elle douloureuse ?
- Combien de temps dois-je rester en clinique ?
- Puis-je manger normalement après la chirurgie ?
- Quels sont les risques ou les complications associées à cette procédure ?
- Est-ce que je vais paraître différent après la chirurgie ? Y a-t-il une alternative ?

8. Le rôle de l'équipe orthodontique

Le rôle de l'équipe orthodontique est double :

1. Renforcement positif de l'annonce faite par le praticien (perspective d'une meilleure qualité de vie, meilleure mastication...) une fois le patient sorti du bureau du praticien.
2. Étant donné la relation de connivence fréquente avec le patient, le rassurer (lui et ses parents) sur les compétences du chirurgien et de l'orthodontiste en insistant sur l'expérience qu'ils ont de travailler ensemble.

9. Accompagner le patient après la chirurgie

9.1. Les conseils post-opératoires

Il est essentiel de remettre au patient des fiches pédagogiques détaillant les avantages, les inconvénients ainsi que les modalités générales de déroulement de l'intervention. Une fois de retour chez lui, il pourra relire tous les éléments qui feraient l'objet d'une incompréhension de sa part.

9.2. L'accompagnement psychologique

Il est important que le patient ne se sente pas abandonné une fois l'intervention terminée. Nous considérons comme nécessaire de revoir le patient après la chirurgie : trois jours après, une semaine après et 15 jours après. Il doit savoir que la guérison n'est pas toujours très rapide (même si les dents se déplacent plus vite après l'intervention).

10. Conclusion

Concernant la chirurgie orthognathique, les résultats esthétiques sont considérés comme les facteurs de motivation les plus importants dans la prise de décision. L'objectif principal du dialogue entre l'orthodontiste et le patient est d'aborder l'ensemble des aspects (y compris psychologiques) permettant au praticien d'établir un lien de confiance. Cela permet au patient de participer aux discussions concernant les risques chirurgicaux et les avantages du traitement.

La réalisation d'une chirurgie orthognathique entraîne de nombreux changements émotionnels. L'état psychologique du patient peut être favorable ou défavorable après l'intervention. En effet, il est reconnu que les changements de l'apparence du visage peuvent avoir un impact très différent selon les individus et leur profil psychologique.

En conclusion, face à l'ensemble des paramètres influençant la satisfaction du patient, une planification préopératoire détaillée et minutieuse, une bonne exécution chirurgicale et un accompagnement postopératoire sont des facteurs cruciaux pour un traitement efficace.

Conflit d'intérêt

L'auteur de cet article est également le directeur du Groupe de consulting Edmond Binhas, mais ne rapporte aucun conflit d'intérêt avec les propos relatés dans cet article.

Bibliographie

- [1] Buckman R. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. InterEditions, Paris, 1994.
- [2] Fainzang S. La relation médecin-malade : information et mensonge. Éditions ethnologie, PUF, 2006.
- [3] Haute Autorité de Santé - Service évaluation des pratiques - Février 2008 - Annoncer une mauvaise nouvelle, HAS, 2008.
- [4] Nicodemo D, Domingues Pereira M, Masako Ferreira L. Self-esteem and depression in patients presenting angle class III malocclusion submitted for orthognathic surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E48-51.
- [5] Williams AC, Shah H, Sandy JR, Travess HC. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery. *J Orthod* 2005;32:191-202.

ANNEXE

Les étapes de l'orthodontie chirurgicale à décrire au patient

L'orthodontie préparatoire

Le traitement commence par un traitement orthodontique de 10 à 24 mois pour repositionner les dents. Les dents de sagesse qui n'ont pas encore poussées sont extraites au moins six mois avant la chirurgie.

L'intervention chirurgicale

L'intervention est réalisée en milieu hospitalier, sous anesthésie générale. Elle nécessite deux à trois jours d'hospitalisation et un arrêt de travail de trois à quatre semaines. Le chirurgien passe par l'intérieur de la bouche pour ne laisser aucune cicatrice visible. L'os est coupé puis maintenu dans la bonne position grâce à des plaques d'ostéosynthèse en titane, généralement ôtées l'année suivante.

Les suites opératoires

Il faut compter 3 à 4 semaines pour être pleinement remis et avoir un bon aperçu sur le plan esthétique. L'alimentation est exclusivement liquide pendant 8-10 jours puis épaissie progressivement. La douleur cède facilement grâce aux médicaments. Le plus impressionnant reste les gonflements. Ils atteignent leur maximum après 72 heures et s'atténuent avec des vessies de glace. Le résultat définitif s'observe après six à douze mois.

Certaines personnes ont parfois besoin de séances de kinésithérapie maxillo-faciale et/ou d'orthophonie pour limiter la douleur et les gonflements, retrouver leur sensibilité et/ou réapprendre à parler et manger normalement.

L'orthodontie de stabilisation

L'orthodontie reprend 10 à 15 jours après la chirurgie et se poursuit au moins six mois pour stabiliser les résultats. Chez l'adulte, dans la grande majorité des cas, il est ensuite conseillé de porter une gouttière de contention, au moins provisoirement, et de conserver à vie des fils métalliques très fins sur la face interne des dents.